UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 86

Expérience d'un Chirurgien Praticien en Matière de Pathologie Biliaire

(Etude analytique de 80 observations)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1961

PAR

HENRI VERNEJOUX

Membres du Jury	MM. GRIMOUD	Président	
	DARNAUD	Assesseurs	
	POULHES		
	J. LAPORTE		
	PASQUIE	Suppléant	

IMPRIMERIE SOUBIRON

9, Rue de la Poste

TOULOUSE

1961

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN : Monsieur LAZORTHES
ASSESSEUR : Monsieur DELAS
DOYENS HONORAIRES : Messieurs GORSE, CALVET, LEFEBVRE, BRUSTIER
PROFESSEURS HONORAIRES : Messieurs RIBAUT, VALLOIS, CLERMONT, NANTA, DUCUING, TAPIE.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. MERIEL
Clinique médicale	GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologie	FABRE P.
Clinique chirurgicale et du cancer	GRIMOUD
Clinique chirurgicale et infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BAZEX
Clinique des maladies de la tuberculose et pathologie interne	MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires	LHEZ
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL
Clinique neurologique et psychiâtrique	RISER
Clinique obstétricale	GUILHEM
Clinique odonto-stomatologique	CADENAT E.
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Clinique ORL et chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique traumatologique des membres	RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale	PONTONNIER
Anatomie	LAZORTHES
Anatomie appliquée	POULHES
Anatomie pathologique	FABRE J.
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU
Chimie biologique	VALDIGUIE
Electro-radiologie	MARQUES
Embryologie générale	BROUSSY
Histologie	BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie	DARNAUD
Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES
Médecine sociale	BOUNHOURE
Parasitologie	BOUISSET
Pathologie chirurgicale	DAMBRIN
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Physico-chimie	AUVERGNAT
Physiologie	SOULA
Physiologie appliquée et pharmacologie	BAISSET
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Propédeutique Médicale	GERAUD
Thérapeutique	DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	COULOUMA
Pathologie médicale	LAPORTE
Bactériologie	MmeENJALBERT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. LAPORTE Y.
Biochimie médicale	DOUSTE-BLAZY
Physique médicale	BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie pathologique	M. BOUISSOU
Histologie et embryologie	PLANEL
Parasitologie	RUFFIE J.
Physiologie	MONTASTRUC

AGREGES

Pathologie médicale	M. MONNIER
	RIBAUT
	DELAUDE
	CALAZEL
Pathologie chirurgicale	M. ENJALBERT
	FICAT
	PASQUIE
	SOUQUET
Médecine légale	GREZES-RUEFF
Odontostomatologie	CADENAT H.
Pédiatrie	BARDIER
Rhumatologie	RUFFIE R.

AGREGES LIBRES

Anatomie	M. THOMAS
Ophtalmologie	DEODATTI
O.R.L.	CLAUX
Pathologie chirurgicale	DIEULAFE

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie Analytique, toxicologie et hygiène industrielle	M. BOURBON
Chimie pharmaceutique	BLANC
Histoire naturelle	DELAS
Matière médicale	VINCENT
Pharmacie chimique et pharmacodynamie	CAUJOLLE
Pharmacie galénique	STANISLAS

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M. COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences naturelles	Melle MEYNIER
	ROUX

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie	M. BREUILLAUD
Sciences physiques	PITET

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal	M. ROCHE
Secrétaire	Mme LAFFONT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 86

Expérience d'un Chirurgien Praticien en Matière de Pathologie Biliaire

(Etude analytique de 80 observations)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement en Juin 1961

PAR

HENRI VERNEJOUX

Membres du Jury	MM.	GRIMOUD	Président
		DARNAUD	
		POULHES	Assesseurs
		J. LAPORTE	
		PASQUIE	Suppléant

IMPRIMERIE SOUBIRON

9, Rue de la Poste

TOULOUSE

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Expérience d'un Chirurgien Praticien en Matière de Pathologie Biliaire

(Etude analytique de 80 observations)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546524_0045

A ma GRAND-MERE

Qui m'a toujours apporté son soutien. Cette thèse en gage d'affection.

A mon PERE et à ma MERE

Les sacrifices qu'ils ont consentis ne sont que trop peu compensés. Cette thèse en témoignage d'affection et de reconnaissance.

A mon FRERE et à ma BELLE-SOEUR

A MONIQUE

A mes NIECES

A toute ma FAMILLE

A mes AMIS et à mes CAMARADES.

A notre Maître et PRESIDENT de THESE :

Monsieur le Professeur Marcel GRIMOUD

Professeur de Clinique Chirurgicale et du Cancer,

Chirurgien des Hôpitaux.

Il nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous l'assurons de notre profond respect.

A NOTRE JURY DE THESE :

Monsieur le Professeur DARNAUD

Professeur d'Hydrologie thérapeutique et Climatologie
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Monsieur le Professeur POULHES

Professeur d'Anatomie Appliquée
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Professeur J. LAPORTE

Professeur à la Faculté

Monsieur le Professeur PASQUIE

Professeur agrégé de Pathologie Chirurgicale

Avec nos remerciements respectueux pour leur précieux enseignement et la grande bienveillance qu'il nous ont toujours témoignés.
Nous sommes heureux de les voir siéger aujourd'hui à notre jury de thèse.

A TOUS NOS MAITRES

A notre Maître le Docteur Joseph GOUZI

Chirurgien. Ancien Interne des Hôpitaux.

Chef de Clinique à la Faculté.

Prosecteur d'Anatomie.

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse et a été le guide de ce travail.
Qu'il trouve ici l'expression de notre vive gratitude.

A Madame le Docteur GOUZI Paulette.

Aux Infirmières et Infirmiers du bloc chirurgical de MOISSAC.

A tout le personnel hospitalier de l'Hôpital-Hospice de MOISSAC.

INTRODUCTION

Notre travail n'aura pas la prétention d'apporter des éléments nouveaux dans le domaine si exploré du traitement des affections biliaires, mais seulement d'exposer la conduite tenue par un chirurgien praticien dans un petit établissement hospitalier où les moyens d'explorations paraclinique sont limités.

Il est en effet certain que le chirurgien, placé dans de telles conditions de travail, doit vaincre de nombreuses difficultés pour la mise en oeuvre de tout ce qui conditionne l'efficience de son geste en ce domaine biliaire, que ce soit les examens pré-opératoires,per-opératoires, ou post-opératoires. Il n'a pu disposer ici que du minimum de moyens d'exploration, moyens d'ailleurs conçus plutôt pour le "tout-venant" que pour les affections biliaires, lithiasiques en particulier.

Nous nous proposons d'analyser un ensemble de 80 observations de pathologie biliaire recueillies par Monsieur le Docteur GOUZI dans le Service de Chirurgie de l'Hôpital de MOISSAC. Notre intention réelle est de dégager de cette étude les problèmes qui se posent au Chirurgien praticien , tant dans le domaine du diagnostic que dans celui du traitement de ces affections ; chemin faisant, le chirurgien fera des haltes pour exposer son opinion sur telle solution choisie, sur telle technique opératoire adoptée, aussi sur telles difficultés rencontrées ; car ces dernières ne sont pas minimes dans un petit Hôpital.

Parfois, le traitement médical seul amena un apaisement, parfois aussi il fut impuissant. Et en définitive, ce fut souvent la solution chirurgicale qui apporta les meilleurs résultats ; et les techniques de cette chirurgie bi-

liaire ont bien évolué depuis l'époque où la règle d'or était : "Trouver la bile et s'en aller" !

Notre intention est aussi d'essayer de prouver qu'un chirurgien praticien, même s'il ne peut disposer de tout l'appareillage d'exploration d'un centre spécialisé, peut très bien faire bénéficier ses malades des progrès de la technique opératoire, grâce à la connaissance parfaite de son art et à son sens chirurgical qui suppose de grandes qualités de discernement, d'adaptation et de souplesse.

PLAN DE NOTRE ETUDE

Nous avons essayé de classer ces 80 observations pour en dégager des points d'étude, et nous distinguerons trois chapitres d'inégale importance :

1) - D'abord nous étudierons un groupe de 16 observations d'affections biliaires chroniques, dont l'intérêt n'est que relatif, semble-t-il, mais que nous croyons devoir signaler.

2) - Nous aborderons ensuite, dans le deuxième chapitre l'analyse d'un ensemble plus homogène de 26 observations d'affections biliaires aiguës, telles que la cholécystite gangréneuse, la péritonite biliaire sans perforation, l'ileus biliaire et la cholécystite aiguë proprement dite. Ces affections peuvent prêter à diverses considérations sur les difficultés de diagnostic, la conduite à tenir et les problèmes doctrinaux de thérapeutique.

3) - Le troisième chapitre sera consacré à l'étude de 38 observations de lithiases biliaires opérées. Ces lithiases ont soulevé divers problèmes de diagnostic et de conduite thérapeutique.

4) - Puis quelques considérations annexes.

5) - Enfin, les conclusions.

- ADDENDUM EN GUISE D'AVERTISSEMENT -

Le lecteur pourra s'étonner de ne trouver dans cette étude que peu de statistiques et très peu de références bibliographiques. Nous nous excusons auprès de lui de cette lacune, mais qu'il veuille considérer que peu d'examens paracliniques sont pratiqués de manière systématique dans un petit hôpital. Seules sont réalisées les explorations qui paraissent indispensables aux yeux de la clinique ; aussi bien souvent n'avons nous pu établir de statistiques valables.

D'autre part, très peu de références bibliographiques, non par prétention, mais parce que nous nous sommes imposé un cadre limité et que cette étude voudrait rester personnelle et peut-être trouver une modeste place à côté des innombrables publications consacrées à la pathologie des voies biliaires.

CHAPITRE I

AFFECTIONS BILIAIRES CHRONIQUES

Avant d'aborder l'essentiel du sujet, nous envisagerons tout d'abord d'étudier un groupe de *16 observations d'affections biliaires diverses dont le caractère de chronicité fait l'unité.*

1/ - Parmi elles, un lot de 8 SYNDROMES VESICULAIRES pour lesquels le chirurgien n'est pas intervenu, soit qu'il ne l'ait pas jugé utile, soit que les malades aient refusé l'intervention proposée.

Du fait des circonstances défavorables, en particulier l'indocilité de certains sujets, ces observations n'auront pas la prétention d'être complètes ; certaines concernent des malades de consultation qui n'ont pas été revus, d'autres des malades qui ont été hospitalisés et qui se présentèrent pour coliques hépatiques, ou ictères, ou pour syndrome douloureux épigastrique.

Sur ces 8 malades, 7 ont subit des examens radiographiques mettant en évidence :

3 lithiases vésiculaires
1 cholécystatonie
2 vésicules exclues

Chez un 7ème malade, l'examen radiographique n'a pas révélé de calcul, contrairement à ce que laissait prévoir la symptomatologie.

Il est à regretter qu'une intervention ne soit pas venue apporter une preuve étiologique, en particulier dans les 2 cas de vésicule exclue. Mais nous pensons, comme G. DUBOURG, qu'une grande majorité des vésicules

exclues sont lithiasiques et que par conséquent l'intervention paraît doublement justifiée.

2/ - Nous ferons suivre ce lot d'observations sans intervention chirurgicale par un groupe de 6 CAS d'AFFECTIONS A CARACTERE CHRONIQUE, d'étiologie diverse mais non lithiasique, *qui ont reçu un traitement chirurgical.*

Dans un cas (obs. BO....), l'examen radiographique a montré une vésicule exclue. L'intervention permet de constater que cette vésicule est scléro-atrophique et sans calcul. On pratique une cholécystectomie.

Une 2ème observation de cholécystite chronique non lithiasique figure dans ce groupe (Obs. VA...). Elle concerne un asthmatique âgé de 47 ans qui présente en même temps qu'une vésicule exclue, des crises dyspnéiques particulièrement fréquentes et rebelles ayant incité le médecin traitant à demander une cholécystectomie pour supprimer une "épine irritative". En fait le résultat est un échec à long terme et ce genre d'indication demande beaucoup de réflexion.

A côté de ces 2 cholécystites chroniques, nous trouvons *3 ictères par rétention,* dus à une compression de la voie biliaire principale.

Le premier cas (obs. CA... Amélie) est une femme de 80 ans opérée sous anesthésie locale ; il existe un hydrocholécyste et un ganglion dur au niveau du cystique. Une radiographie post-opératoire par la sonde montre une non imprégnation de la voie principale. On se contente d'une chirurgie insuffisante (cholécystostomie) en raison de l'âge et de l'état de la malade.

Quant aux 2 autres cas (obs. LAP... et obs LAR. ...), il s'agit d'une compression de la voie biliaire principale par un cancer du pancréas et pour laquelle on ne put pratiquer qu'une *cholédoco-duodénostomie* pour l'une, une *cholécysto-duodénostomie* pour l'autre.

La dernière observation (LA... Jeanne) du lot, concerne une femme de 62 ans traitée également par *anastomose bilio-digestive* pour ictère et importante dilatation du cholédoque :

Vue en Août 1958 avec ictère franc prolongé qui disparaîtra spontanément. Ne fait pas les radios demandées. Nouvel ictère début Mars 1959. On pense à une lithiase cholédocienne possible ; les radiographies faites en période d'ictère sont négatives.

Devant l'accentuation de l'ictère on intervient chirurgicalement :

Grosse vésicule et importante dilatation du cholédoque. Par ailleurs, présence de gros ganglions sur le bord postérieur de D2 et le long de la faux de l'hépatique.

Cholécystectomie. Radiographie per-opératoire par voie trans-cystique : montre un bon remplissage de l'arbre biliaire mais pas de passage dans le duodénum, avec image d'arrêt en jabot.

Cholédoco-duodénostomie. Biopsie d'un ganglion: probabilité d'épithélioma glanduliforme (professeur BAZEX).

Actuellement le diagnostic de cancer de la papille est envisagé. Il faut donc en conclure que les radiographies per-opératoires ont été mal interprétées. Peut-être actuellement dans un cas semblable est-il désirable d'explorer le cholédoque terminal par duodénotomie.

De ce petit groupe hétéroclite, il n'y a pas grand chose à commenter, si ce n'est les *anastomoses bilio-digestives* ; nous tenons à dire à leur sujet que nous n'avons pas cherché à poursuivre une expérience de chirurgie de dérivation dans les compressions néoplasiques. Le peu que en connaissons ne nous engage guère à persévérer. Les résultats paraissent peu probants et à courte échéance. Nous aurions donc tendance à résister aux sollicitations des médecins.

3/ - LES NEOPLASIES

Nous rattacherons à cette série quelques observations de *néoplasies de la sphère biliaire* avant d'aborder l'étude des formes aiguës de pathologie biliaire qui nous retiendra davantage.

Dans le lot de 80 observations, nous trouvons 2 néoplasies probables des voies biliaires :

a) | cancer hépato-vésiculaire découvert lors d'une intervention pour cure d'une volumineuse hernie ombilicale, chez une femme de 65 ans ayant présenté une cholécystite aiguë 3 ans auparavant. Aucune intervention sur la masse néoplasique.

b) | cancer de la vésicule biliaire s'étendant le long de la voie biliaire principale, chez une femme de 52 ans, cancer décelé lors d'une laparotomie pour sténose pylorique.

Aucune possibilité d'exérèse de la tumeur.

On peut ajouter une troisième observation (BO... Berthe) concernant une femme de 64 ans qui présente en Novembre 1951 une cholécystite lithiasique aiguë opérée par cholécystostomie. Elle est revue 6 ans après avec des métastases abdominales d'une tumeur de siège vésiculaire probable.

Malheureusement, ces observations n'apportent pas la preuve formelle qu'il s'agit bien de cancer de la vésicule ou de la voie biliaire principale ; en particulier il n'y a aucun examen histologique valable. On peut cependant noter que dans les 2 premières observations le cancer vésiculaire est très probable et qu'il y avait dans les antécédents des épisodes de cholécystite. Mais nous ne pouvons pas pour cela formuler de conclusion valable sur la fréquence des cancers se développant sur vésicule pathologique.

On peut se demander néanmoins si une cholécystectomie pratiquée lors de la première poussée de cholécysti-

te n'aurait pas "surpris" la tumeur au début même de son évolution.

Quant au diagnostic de ces tumeurs, il ne peut être porté que lors de l'intervention.

Ces observations n'apportent rien de plus qu'une confirmation de la fréquence des cancers biliaires sur vésicule pathologique.

Sur le plan chirurgical, une exérèse est impossible dans la plupart des cas de cancer de la vésicule ; zone silencieuse, la lésion se développe et envahit le foie et les pédicules lymphatiques avant d'avoir été soupçonnée.

Ajoutons que la fréquence du cancer de la vésicule n'est pas telle qu'elle soit une raison a priori pour inciter à la chirurgie systématique de la lithiase.

CHAPITRE II

AFFECTIONS BILIAIRES AIGUES

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'étudier 26 observations d'affections biliaires aiguës. Elles sont de nature diverse, mais ont ce caractère en commun de poser le problème de la chirurgie d'urgence ou de l'abstention.

Dans certains cas, le tableau d'abdomen chirurgical aigu ne laissait pas place à l'hésitation. En d'autres circonstances, un diagnostic incertain ou erroné a conduit à opérer. Enfin, certains diagnostics de cholécystite aiguë simple ont conduit au traitement médical.

Nous dissocierons cet ensemble de 26 observations en 4 sections comprenant respectivement :

4 *cholécystites gangréneuses*
1 *péritonite biliaire sans perforation*
2 *ileus biliaires*
19 *cholécystites aiguës,* lithiasiques ou non, avec ou sans péritonite.

1) - CHOLECYSTITES GANGRENEUSES.

Nous avons recueilli 4 observations de cholécystite gangréneuse ; ces observations rendent compte de la difficulté du diagnostic qui n'a été porté qu'une fois sur 4.

Voici le seul cas où le diagnostic d'infection vésiculaire grave a été fait :

Observation LA... Jean 66 ans

Obèse, scléreux pulmonaire, rhumatisant, oedémateux. Antécédents de crises douloureuses abdominales imprécises.
A son entrée, T = 41°, cyanose et dyspnée intenses, avec abdomen douloureux à droite ; maximum de la douleur sous le rebord costal droit. Etat général particulièrement altéré.
Redoutant toute intervention, on instaure un traitement antibiotique qui paraît amener une amélioration avec chute thermique à 38°5 ; mais le 3è jour, abdomen plus douloureux et réascention thermique.

On intervient alors : la vésicule est recouverte par l'épiploon adhérent. *Cholécystite gangréneuse avec plaques de sphacèle.* Cholécystectomie. Antibiotiques localement et drainage.
Suites opératoires : décès le lendemain.

Dans 2 autres cas, on intervient avec un diagnostic très incertain devant une *douleur et une tuméfaction au Mac Burney*.

1) - *Observation CO... Jeanne, 77 ans.*

7 Juin 1955 : Hernie crurale étranglée. Cure radicale. 8 jours après, T = 38°, vomissements, pouls petit. Tuméfaction douloureuse au *Mac Burney* visible sous la peau. Etat de choc péritonéal.
Intervention : laparotomie latérale droite sur la tumeur ; on tombe sur une *vésicule complètement gangrénée.* Cholécystectomie. Vésicule bourrée de calculs et de boue biliaire. Exploration du cholédoque au stylet.
Suites opératoires : très irrégulières avec épisodes de collapsus ; puis à partir du 9è jour, l'amélioration s'amorce.

2) - *Observation VE... Elia, 60 ans.*

Gâteuse parkinsonnienne que l'on ne peut interroger. Paraît souffrir depuis 8 jours.
Température 38°4, vomissements, douleur et tuméfaction au *Mac Burney*. Léger météorisme.

Intervention : cholécystite gangréneuse, sans perforation. Un calcul mobile dans le col. Cholécystectomie.

On ne peut aborder le cholédoque.

Suites opératoires très normales.

Le dernier cas se présente avec un tableau curieux qui évolue en moins de trois jours : la douleur chemine de l'hypochondre gauche à l'hypochondre droit, une contracture apparaît à l'épigastre et à droite pour finalement être maxima au Mac Burney :

Observation PA... Fernand, 64 ans.

- Il y a 2 ans, violente crise douloureuse épigastrique évoquant une perforation d'ulcus. Rémission spontanée.

- Entre pour douleur brutale et intense de l'hypochondre gauche . Température 38°4. Examen clinique négatif.
Le lendemain, rien de particulier.
Le surlendemain au matin, douleur intense mais à droite, remontant de bas en haut. Température 39°. Pouls 88. Contracture épigastrique et à droite. 2 heures plus tard, le maximum de la contracture est *au Mac Burney*. Ni vomissements, ni ictère.

Intervention : Incision de Mac Burney : épiploon inflammatoire et collé un peu plus haut. On agrandit l'incision : placard épiploïque avec induration au niveau du bord inférieur du foie.
On ouvre une *zone purulente et gangrénée* d'où sortent des calculins. Vésicule scléro-atrophique. Libération très laborieuse que l'on doit interrompre. Pédicules non disséquables. Cholécystectomie partielle et drainage.

Suites opératoires normales, sauf suppuration abondante. Sort 14 jours après l'intervention.

Ainsi les cholécystites gangréneuses, qui représentent 5 % de nos observations, se sont manifestées dans les 3/4 des cas par une symptomatologie d'emprunt d'allure appendiculaire ; mais on a toujours trouvé un signe constant : l'altération notable de l'état général qui se dégrade rapidement.

Les 4 malades furent cholécystectomisés ; 3 étaient porteurs de calculs, bien que l'on n'ait pas retrouvé d'antécédents vésiculaires nets. Dans un cas, un volumineux calcul du cystique ; les autres vésicules étaient remplies de microcalculs. On ne peut donc guère tirer de conclusion sur le rôle occusif éventuel d'un calcul enclavé du cystique dans la pathogénie de ces vésicules gangrénées.

Quant aux suites opératoires, elles furent normales, sauf pour un malade qui mourut le lendemain de l'intervention ; c'était un obèse, scléreux pulmonaire et rhumatisant, à l'état général très touché, et qui fut opéré "in extremis".

2) - PERITONITE BILIAIRE SANS PERFORATION.

Le seul cas de péritonite biliaire sans perforation que nous avons relevé (chez un homme de 69 ans), a débuté sous forme de syndrôme abdominal diffus évoluant par paroxysmes douloureux avec tendance syncopale ; après un apaisement passager, apparaît une contracture à maximum épigastrique. Le pouls est à 70, la température à 37°7,mais l'état général très altéré.

On intervient d'urgence par médiane d'exploration et on trouve une grande quantité de liquide de teinte très légèrement hémorragique et un peu verte. L'exploration méthodique montre une tâche verte sur l'épiploon, un foie dur et clouté, puis un peu de bile et une très grosse vésicule à péritoine décollé par l'oedème. On décide de pratiquer une cholécystostomie (en 1947).

Les suites opératoires furent bonnes, puis brusquement, décès le douzième jour.

Cette observation unique permet seulement de mettre en évidence l'incertitude du diagnostic pré-opératoire. La cholécystostomie simple est justifiée par les auteurs ; le pronostic de ces péritonites biliaires sans perforation serait assez grave, 30 % de mortalité pour SABADINI.

3) - ILEUS BILIAIRES.

En autres manifestations aiguës de pathologie biliaire, nous relevons 2 observations d'ileus biliaire.

Les malades sont des femmes âgées respectivement de 60 et 73 ans que l'on hospitalise pour syndrôme occlusif d'installation progressive ; une seule fois le diagnostic pré-opératoire est exact.

Une des malades a présenté un épisode de cholécystite aiguë un an auparavant ; quant à l'autre, pas d'antécédents vésiculaires connus.

L'iléotomie transversale a permis d'extraire, les deux fois, un calcul du volume d'un marron qui était situé l'un à 50 cm et l'autre à 75 cm de la valvule iléo-coecale.

Comme il est classique de le décrire, le syndrôme occlusif s'est installé progressivement. Ce caractère, ajouté à la connaissance d'antécédents biliaires, doit préciser le diagnostic. L'examen radiologique d'urgence ne doit pas être omis, car il faut déceler, outre l'occlusion, des signes de lithiase ou de fistule bilio-digestive.

Du point de vue opératoire, l'incision médiane de laparotomie sous-ombilicale ne permet de voir ni les lésions biliaires, ni la disposition de la fistule bilio-digestive en particulier. Mais peut-être n'est-il pas opportun de penser traiter en même temps la lésion occlusive et la lésion biliaire.

4) - CHOLECYSTITES AIGUES PROPREMENT DITES AVEC OU SANS PERITONITE .

Après avoir passé en revue les quelques cas à évolution vraiment aiguë imposant l'acte chirurgical, envisageons maintenant un sous-groupe de *(19+1) observations de Cholécystites aiguës proprement dites.* Signalons d'ores

et déjà qu'un cas figure, du fait de ses circonstances évolutives, dans un autre paragraphe, et que 2 malades furent réopérés secondairement.

Nous examinerons successivement un lot de *12 cholécystites aiguës traitées médicalement*, puis un *groupe de 8 qui reçoivent un traitement chirurgical*. Et tout en cheminant, nous aborderons quelques sujets de réflexion qui nous retiendront plus longuement en fin de chapitre.

A) - Cholécystites aiguës traitées médicalement.

C'est un traitement médical de principe qui est prescrit à ces 12 malades dont on est sûr du diagnostic de cholécystite aiguë. D'autre part, aucun signe de diffusion n'est décelé. L'administration d'antibiotiques associés aux antispasmodiques et aux antalgiques, chez ces malades hospitalisés et sous surveillance médicale, a amené 11 fois une très bonne régression de la symptomatologie.

Pour le 12ème malade *(Observation TI...M-LOUISE)*, la "guérison" apparente n'est acquise qu'au bout de 12 jours, très lentement. Une récidive, à caractère encore plus aigu, se produit 3 mois plus tard. Nouveau traitement antibiotique.

Notons qu'une cholécystographie pratiquée entre les deux poussées a montré une vésicule bourrée de calculs, avec un gros calcul dans le cystique.

On intervient chirurgicalement 3 semaines après le début de la deuxième poussée, c'est-à-dire 6 mois après la première manifestation aiguë. Comme il fallait s'y attendre, de nombreuses adhérences scléreuses gènent la libération de la vésicule et l'exploration, d'autant plus qu'il existe une anomalie du pédicule hépatique (artère hépatique en avant du cholédoque).

Cholécystectomie. Radiomanométrie per-opératoire par voie trans-cystique qui montre l'intégrité de la voie biliaire principale.

La vésicule renferme plus de 50 calculins baignant dans un pus épais, et fait important, *la muqueuse est gangrénée et présente des plages de nécrose.*

Cette observation nous paraît bien mettre en évidence les dangers du traitement médical des cholécystites aiguës : il ignore l'importance et la gravité des lésions anatomiques contre lesquelles il est dirigé ; il est aveugle aussi vis-à-vis du germe qu'il est très difficile de caractériser. De plus, la pénétration des antibiotiques au niveau des lésions reste faible, en particulier dans le cas de vésicule exclue, où seule la voie sanguine est utilisable par l'antibiotique.

Il n'en reste pas moins que l'usage des antibiotiques est indispensable dans le traitement des cholécystites aiguës, car il peut parfois ramener une lithiase infectée au stade de lithiase aseptique. Bien sûr, cette guérison apparente a toutes les chances de ne pas demeurer définitive, puisque la cause la plus fréquente - la lithiase - qui a donné naissance aux complications, persiste.

Mais nous pensons que ce traitement médical permet une chirurgie différée dont l'indication sera fonction de l'évolution des signes généraux et surtout locaux ; il permet ainsi très souvent d'améliorer les conditions opératoires.

Toutefois, il est un type de lésion contre laquelle les antibiotiques sont inefficaces, c'est la gangrène vésiculaire qu'il ne faut pas méconnaître, car elle reste essentiellement une indication opératoire, et une indication opératoire d'urgence.

B) - Cholécystites aiguës opérées.

Les 8 cholécystites aiguës qui figurent dans ce paragraphe sont *toutes opérées en urgence*, car c'est la symptomatologie (souvent trompeuse) qui a imposé cette conduite. En effet ces cholécystites se sont présentées :

- 3 fois comme un syndrome appendiculaire ;
- 3 fois comme un syndrome douloureux aigu haut situé;
- 1 fois comme une invagination intestinale (chez un enfant de 9 ans).

Dans le 8ème cas, on a porté le diagnostic de cholécystite avec péritonite.

Ainsi, ces cholécystites aiguës se sont manifestées comme des abdomens aigus où une contracture épigastrique est présente dans 3 cas, le plus souvent chez des malades sans antécédents vésiculaires connus. Et dans ces conditions de diagnostic souvent imprécis et d'intervention en urgence, le chirurgien a pratiqué :

- 7 *cholécystostomies*
- 1 *cholécystectomie*

Ces mêmes conditions d'intervention expliquent qu'aucune exploration radio-manométrique per-opératoire du cholédoque n'a été réalisée.

Ces interventions, pratiquées chez 6 femmes et 2 hommes (dont un garçon de 9 ans), ont mis 7 fois des calculs en évidence (soit dans 87 % des cas).

La seule *cholécystectomie* pratiquée est remarquable par les difficultés opératoires rencontrées et par les suites compliquées ; en voici l'observation :

Observation FR... Blanche, 42 ans.

Antécédents : - plaie du colon droit par coup de couteau, il y a 10 ans.
- épithélioma du col utérin décelé il y a 6 ans, traité par curie et radiothérapie.

Entre pour état subfébrile avec vomissements et douleur de la fosse iliaque, plus marquée en haut.

Intervention : laparotomie du flanc droit.
Libération des adhérences coliques. Grosse vésicule tendue avec volumineux calcul bloqué dans le col.
On agrandit l'incision jusqu'au rebord costal.

Cholécystectomie particulièrement difficile et laborieuse du fait de l'incision peu favorable. Lâchage de l'artère cystique ; difficultés d'hémostase. Drainage sous-hépatique.

Suites opératoires : médiocres ; 8 jours après l'intervention, apparition d'une éviscération avec occlusion.
Réintervention : abondante sérosité péritonéale, intestin atone ; pas d'autres lésions.
Evolution vers l'amélioration, mais très lentement, avec petite crise occlusive le 20ème jour. Puis évolution très bonne.

Quant aux *cholécystostomies,* elles furent pratiquées l'une chez une vielle femme de 79 ans, la deuxième chez un enfant de 9 ans ; les autres furent des interventions d'attente qui nécessitèrent une réintervention chez 2 malades.

Nous allons citer l'observation concernant l'enfant de 9 ans ; elle nous paraît offrir un certain intérêt du fait de l'âge du malade et aussi de l'évolution très particulière :

Observation DE... Aimé, 9 ans.

Depuis 3 semaines, se plaint de douleurs abdominales à droite, avec quelques vomissements.
Un soir, apparition d'une tuméfaction un peu au-dessus et à droite de l'ombilic, avec douleur vive. Le matin, cette tuméfaction s'était manifestée au même endroit, puis avait disparu.
On pense à un boudin d'invagination du grand enfant, à évolution subaiguë.

A l'intervention, la tuméfaction se révèle être une grosse vésicule, rouge, à paroi épaissie, et oedématiée. Pas de calcul palpable.
Cholécystostomie et drainage.

Suites opératoires : - le 5ème jour de l'intervention, température à 40°, bloc pulmonaire gauche. Régression rapide sous antibiotiques.

- le 15ème jour, l'examen radiographique révèle un petit *calcul de la vésicule*. Quelques jours plus tard, la sonde tombe, entrainant le calcul...
Remise en place de la sonde, nouvelles radiographies de contrôle : présence d'un *calculin dans l'ampoule de Vater*. Traitement médical (pas de PRIBRAM).
3 mois plus tard, un nouveau contrôle radiographique ne montre plus l'image du calculin.

Cette observation est le seul cas de lithiase biliaire que nous ayons relevé chez un enfant. Même si l'on tient compte des formes muettes de lithiase et des vésicules calculeuses ignorées, la fréquence de cette affection reste très faible chez l'enfant : sur 358 lithiasiques de tous âges opérés par PIARD, un seul enfant de moins de 10 ans. Il faut néanmoins envisager ce diagnostic devant un syndrome appendiculaire ou des troubles dyspeptiques à note hépato-vésiculaire qui ne font pas leur preuve.

Quant à la cause déterminante de cette affection chez l'enfant, il semble qu'il faille rechercher, d'après le Doyen BOQUIEN, soit une malformation des voies biliaires, soit une maladie hémolytique.

Comme on peut le voir, *dans l'ensemble les suites opératoires* sont inégales. Il n'a pas été observé de complication grave, en particulier pas de fistule bilio-digestive. Mais les contrôles radiographiques post-opératoires ont mis en évidence 3 fois des calculs restants dans la vésicule avec 1 fois un calcul dans l'ampoule de Vater. Deux opérés ont subi ultérieurement une réintervention ; dans le 3ème cas, les calculs restants se sont évacués spontanément.

CONCLUSION DU CHAPITRE II

En définitive, c'est surtout sous le signe de la cholécystostomie que se trouve placée cette dernière série de 8 interventions. Nous allons analyser les facteurs qui sont intervenus pour dicter cette conduite ; et nous envisagerons, en manière de conclusion, quelques problèmes que nous a posé la pathologie biliaire aiguë.

C'est avec une certaine curiosité que nous avons fait le bilan de notre conduite dans ces 26 cas aigus. En effet, nous étions - et sommes encore - relativement partisan du traitement médical des cholécystites aiguës. Nous avons suivi attentivement, (sans être tout à fait convaincu), les discussions visant à les considérer comme une urgence chirurgicale : "une cholécystite aiguë doit être traitée comme une appendicite aiguë", avait-on dit.

Or il se trouve que, sans nous laisser convaincre, nous avons pratiqué *15 interventions d'urgence* sur 26 accidents aigus, soit 57 % des cas ! Les raisons en sont multiples et nous allons essayer de les analyser.

D'abord, à part, se placent les *deux ileus biliaires* qui sont plus de la pathologie digestive que des cholécystites.

Analysons maintenant notre conduite *dans les 13 cas* d'intervention :

2 seulement ont été opérés avec un diagnostic exact, en raison de la gravité évolutive ou de l'extension massive de l'infection au péritoine.

Les 11 autres ont été opérés sans diagnostic devant un abdomen aigu, ou bien avec un diagnostic erroné. Parfois, l'hésitation entre cholécystite ou appendicite n'a pas laissé place à l'abstention.

Il est à remarquer que souvent, chez des femmes non jeunes, une douleur de la fosse iliaque, avec même parfois une tuméfaction palpable et sensible, a fait croire à une appendicite alors que l'organe intéressé était la vésicule qui se trouvait là, du fait de la verticalité et de la ptose hépatiques.

Même les 4 cholécystites gangréneuses ne nous ont pas paru d'un diagnostic évident, et elles ont été abordées chaque fois par une incision plus ou moins grande, mais faite toujours au niveau de la fosse iliaque droite.

Au total, 5 malades sur 13 ont eu une voie d'abord raisonnablement en rapport avec la lésion. Il est certain qu'une incision débutant dans la fosse iliaque et progressivement agrandie vers le rebord costal ne met pas le chirurgien en bonne posture pour aborder avec prudence le pédicule hépatique.

Ainsi, le comportement vis-à-vis de la lésion se ressent de ces incertitudes de diagnostic et des aléas de la voie d'abord :

5 *cholécystectomies* seulement ont été pratiquées ; bien entendu, en ce qui concerne les 4 gangréneuses, l'exérèse du foyer nécrosé était une nécessité, malgré les difficultés qui ont pu se présenter au niveau du cystique.

La 5ème cholécystectomie a été tentée (observation FRE... Blanche) malgré la laparotomie latérale.(p.17) L'intervention, facile au début, est devenue dangereuse à la fin et les suites ont été prolongées par de grosses complications, (d'origine non biliaire).

On a pratiqué par contre 7 *cholécystostomies*, solution de facilité si l'on veut, de drainage à un autre point de vue ; mais la sonde ne met pas toujours un point final à la maladie, à part un cas (Observation D...Aimé) où persistaient deux calculs qui voulurent bien s'évacuer spontanément ; un cas (observation LA... Julien) a nécessité une réintervention pour enlever le calcul ; un autre cas (observation QUI... Gabriel) a demandé 2 interventions

jusqu'à une cholécystectomie définitive avec radiomanométrie per-opératoire.

Il a été pratiqué enfin une cholécystendèse, dans un cas douteux où la présence du calcul ne paraissait pas expliquer les modalités du syndrome douloureux.

A la lumière de ces interventions, *qu'elle est la place de la lithiase vésiculaire dans ces syndromes aigus ?*

Dans 2 cas, absence de calcul
Dans 4 cas, un seul calcul
Dans 1 cas, 2 calculs
Dans 6 cas, calculs nombreux ou boue biliaire.

Donc, un accident aigu n'implique pas fatalement l'origine lithiasique. De plus, si le calcul solitaire enclavé dans le cystique peut être responsable de l'inflammation aiguë ou gangréneuse de la vésicule, ce n'est pas nécessairement le cas le plus fréquent.

Quelle est enfin la mortalité opératoire ?

Ces 15 interventions d'urgence se soldent par 2 décès. Ce serait une mortalité importante si l'on ne devait pas tenir compte qu'un malade est mort brusquement le 12ème jour alors que les suites opératoires immédiates étaient très bonnes jusqu'alors, et que l'autre décès est imputable à une obésité monstrueuse, chez un scléreux pulmonaire à cyanose lie de vin, qui fut opéré en dernière extrémité et en désespoir de cause.

Les autres cas évoluèrent sans donner d'inquiétudes sérieuses.

En ce qui concerne les cholécystites aiguës non opérées, les 11 malades n'ont pas posé de problèmes majeurs dans l'ensemble.

Traités médicalement pour un syndrome aigu non inquiétant, avec un diagnostic évident, la résolution s'est faite sans difficulté.

En plus de ces 11 cas, quelques malades figurent à d'autres rubriques de cette étude :

Ce sont des lithiasiques chroniques opérés ayant présenté des crises aiguës dans leurs antécédents.

Exception doit être faite pour l'observation TI... Marie-louise (page 15) qui est au contraire un bel exemple de ce que MALLET-GUY a appelé "cholécystite gangréneuse chronique", résultat d'une antibiothérapie prolongée à tort. (La faute en incombe plus au malade et à son entourage, qui ne se décidèrent à l'intervention qu'après diverses tribulations).

Pouvons-nous tirer une conclusion de cette étude, en dehors de toute référence bibliographique ?

Il nous semble que certaines cholécystites non "agressives" peuvent rester du domaine du traitement médical contrôlé "chirurgicalement", si l'on peut dire.

D'autres cas sont indiscutablement du domaine de la chirurgie par la gravité ou l'acuité de leur allure clinique ; mais il ne faut pas oublier que souvent en urgence une erreur de diagnostic peut exister et que le doute doit conduire à opérer. Malheureusement alors, la voie d'abord n'est pas toujours adéquate et ne laisse pas toute liberté de manoeuvre pour une chirurgie correcte.

CHAPITRE III

LITHIASES VESICULAIRES SIMPLES ET LITHIASES CHOLEDOCIENNES

Nous voici arrivés maintenant au troisième chapitre qui fera l'analyse d'un autre ensemble formé de *38 observations de lithiases vésiculaires simples* et de *lithiases biliaires.*

Par lithiase "simple", nous entendrons lithiase sans signes aigus inflammatoires et opérée dans des conditions biologiques sensiblement normales.

C'est devant ce groupe d'observations plus fourni que les précédents que nous nous sommes vraiment décidé à choisir cette étude personnelle de chirurgie biliaire pour montrer que cette chirurgie est possible dans de bonnes conditions en pratique de campagne, sans spécialisation précise, grâce à la radiomanométrie per-opératoire, grâce aussi à la volonté de rendre l'acte chirurgical efficace.

Pour analyser cet ensemble de 38 observations, nous avons cru bon de distinguer :

- d'une part les *lithiases vésiculaires simples,*
- d'autre part les *lithiases cholédociennes,* qu'elles soient isolées ou associées à la lithiase vésiculaire.

1) - LITHIASES VESICULAIRES SIMPLES OPEREES COMME TELLES.

Nous en avons relevé 26 cas, (plus 2 appartenant déjà pour d'autres raisons aux chapitres précédents) sur les 80 observations de notre fichier biliaire.

Ces lithiases se sont manifestées par une *symptomatologie* plus ou moins ancienne et plus ou moins bruyante :

- 17 fois par des coliques hépatiques de fréquence et d'intensité moyennes, dont 2 avec épisode d'ictère modéré.
- 6 fois par des coliques hépatiques très fréquentes, subintrantes même.
- 1 fois par un ictère franc avec amaigrissement notable.
- 1 fois par des troubles peu évocateurs.

Et nous ajouterons 3 lithiases de découverte opératoire.

Du point de vue *radiographique,* sur les 28 cas, 25 ont subi avant l'intervention des examens qui ont mis en évidence 24 fois une lithiase. Quant à la radiomanométrie per-opératoire on n'a pu en faire bénéficier tous les malades ; en effet, la première exploration radiomanométrique ne fut réalisée qu'en 1953 (et encore ne fut-elle pas au début systématique), lorsqu'un radiologue put apporter son concours au chirurgien et que l'hôpital mit à son service un appareillage adéquat. C'est dire qu'un plus grand nombre de lithiases ont été opérées sans radiomanométrie, 15, contre 13 avec radiomanométrie.

Nous allons passer en revue ces deux groupes :

A) - Lithiases vésiculaires sans radiomanométrie et opérées comme telles.

Sur ces 15 cas, 12 examens radiographiques ont été pratiqués avant l'intervention, mettant en évidence 12 fois des calculs ; une fois, la vésicule n'a pas été imprégnée, mais les calculs étaient visibles.

Les 3 malades qui n'ont pas bénéficié de la radiographie ont été opérés sans diagnostic exact :

1 pour douleur sus-ombilicale et état cachectique,

1 pour tumeur non définie,

1 pour syndrome ulcéreux (l'ulcus fut d'ailleurs confirmé par la suite).

Chez ces 3 malades, la lithiase a été découverte et traitée lors de l'intervention.

Au total, on a pratiqué :

12 *cholécystectomies*

3 *cholécystostomies*, cholécystostomies de nécessité,

- chez un malade porteur de rétrécissement mitral.
- devant un bloc adhérentiel périvésiculaire non disséquable.
- chez un malade en très mauvais état général.

Les *suites opératoires* ont été normales pour tous les malades ; et il semble bien que ces 15 cas soient des lithiases vésiculaires pures, car à notre connaissance, aucun des opérés n'a présenté de crise douloureuse dans les suites immédiates ou éloignées.

Dans le groupe suivant, par contre, l'exploration radiomanométrique permet d'être plus affirmatif quant au diagnostic de lithiase vésiculaire pure. C'est ce groupe

de 13 observations que nous allons maintenant dépouiller.

B) - Lithiases vésiculaires avec radiomanométrie per-opératoire.

Dans presque tous les cas, il s'agissait de lithiase vésiculaire active, avec coliques hépatiques typiques plus ou moins fréquentes : un seul cas est de diagnostic douteux.

Les 13 malades subirent des examens radiographiques pré-opératoires qui affirmèrent la présence de calculs vésiculaires sauf dans un cas de vésicule exclue (elle s'est d'ailleurs révélée lithiasique à l'intervention).

L'exploration radiomanométrique per-opératoire par voies trans-cystique ou trans-cholédocienne a permis de caractériser :

- 9 cholédoques paraissant intègres.
- 3 cholédoques un peu dilatés, mais à terminaison nette et régulière sans calcul visible, à pression de passage normale.
- 1 cholédoque dilaté où la pression de passage est élevée, sans calcul visible.

Ces 13 malades furent *cholécystectomisés ;* une de ces interventions fut secondaire à une cholécystostomie d'urgence.

Dans le seul cas où le cholédoque a paru suspect à l'examen radiomanométrique, on a pratiqué une cholédocotomie suivie d'exploration instrumentale de la voie biliaire principale.

Voici l'observation :

Observation DE... Jean, 71 ans.

Antécédents : - ictère il y a 3 ans.
- depuis 3 mois, ictère plus ou moins intense avec asthénie et amaigrissement de 15 kg.

Examen clinique : négatif en dehors du subictère et d'une masse polypeuse rectale du volume d'une châtaigne qui saigne un peu.

Lavement baryté : pas de polypose.

Transit baryté gastro-duodénal : R.A.S. Cadre duodénal normal.

Radiographies des voies biliaires : cholédoque dilaté et contourné, avec vésicule exclue. Soupçon de calcul terminel.

Par ailleurs, Azotémie = 0,70
T.S. = 4 mn
T.C. = 7 mn
G.R. = 4.600.000

Préparation médicale : en 2 jours, azotémie ramenée à 38.

Intervention : laparotomie paramédiane droite ; vésicule à paroi épaissie ; Adhérences dans le carrefour et pédicule. En disséquant le pédicule, on constate que l'hépatique est plus dilaté que le cholédoque. Pas de calcul perceptible.
Ponction du col de la vésicule et *radiomanométrie* : il faut très forte pression pour avoir passage duodénal. Pas d'image de calcul.
Cystique filiforme. Microlithiase vésiculaire.
Cholécystectomie puis ponction du cholédoque car cystique non utilisable.
Cholédocotomie. Pas de calcul.
Cathétérisme de la papille par sondes olivaires.
Drain de KEHR. Drain sous-hépatique.

Suites opératoires excellentes : sort le 14ème jour, en parfait état.
Le 35ème jour, ablation du drain de Kehr après contrôle radiographique.

Dans l'ensemble, les suites opératoires immédiates furent normales, sauf dans un cas où elles restè-

rent fébriles quelques jours. Mais dans les suites éloignées, 3 opérés ont présenté de petites crises douloureuses de l'hypochondre droit.

II) - LITHIASES CHOLEDOCIENNES.

Nous en arrivons maintenant au dernier sous-chapitre de l'étude.

Nous voudrions en faire un grand chapitre, car il nous apparaît comme le carrefour vers lequel convergent toutes les voies sûres suivies par le chirurgien praticien au cours de son cheminement à travers la pathologie biliaire.

Ces voies sont représentées par un examen clinique serré, les examens biologiques indispensables, le bilan radiographique pré-opératoire, l'exploration manuelle et instrumentale. Ces voies sont rendues plus sûres encore par la radiomanométrie per-opératoire, temps capital qui peut être réalisé actuellement dans n'importe quel petit hôpital.

Essayons de voir maintenant comment furent suivies ces différentes voies et comment furent résolus les problèmes de l'intervention dans ce groupe de 12 lithiases cholédociennes.

1) - Les problèmes pré-opératoires :

a) - Au point de vue clinique, les 12 cas se présentèrent:

- 9 fois comme un *syndrome douloureux* à type de cholécystite ou de colique hépatique dont 3 avec ictères ou subictères dans les antécédents.

- 3 fois comme un *syndrome net d'angiocholite* lithiasique, dont 2 vus en activité et 1 en phase de repos.

b) - Quant aux examens radiographiques, ils mirent en évidence

Pour la *vésicule* :

- 6 fois, des calculs visibles
- 3 fois, un résultat négatif,
- 3 fois, une vésicule exclue.

Pour l'*hépato-cholédoque* :

- 4 fois, des calculs visibles
- 2 fois, un cholédoque normal (ni image de calcul, ni dilatation)
- 2 fois, un cholédoque dilaté sans image de calcul
- 4 fois, un cholédoque non imprégné.

Donc, sur 12 lithiases cholédociennes authentiques, la présence de calculs a été affirmée 4 fois seulement par les radiographies pré-opératoires, c'est-à-dire dans *1/3 des cas*. Et dans *1/6 des cas la voie biliaire principale a paru normale*. Ce pourcentage de lithiases cholédociennes décelées par les cholangiographies est un peu inférieur à celui que donne Monsieur le Professeur MALLET-GUY (35 %) ; mais sa statistique repose sur les résultats d'examens tomographiques.

L'observation qui suit rend compte de l'insuffisance de la cholangiographie pré-opératoire :

Observation REG... Huguette 28 ans.

Coliques hépatiques fréquentes, sans fièvre ni ictère.

Radiographies pré-opératoires : grosse vésicule remplie de calculs. *Cholédoque d'aspect normal.*

Intervention : arbre biliaire très net ; pas d'adhérences. Cholécystectomie.

La cholangiographie par voie trans-cystique montre une *voie principale plus dilatée que* l'indiquaient les radiographies pré-opératoires, et la *présence de 3 calculins.*

rent fébriles quelques jours. Mais dans les suites éloignées, 3 opérés ont présenté de petites crises douloureuses de l'hypochondre droit.

II) - LITHIASES CHOLEDOCIENNES.

Nous en arrivons maintenant au dernier sous-chapitre de l'étude.

Nous voudrions en faire un grand chapitre, car il nous apparaît comme le carrefour vers lequel convergent toutes les voies sûres suivies par le chirurgien praticien au cours de son cheminement à travers la pathologie biliaire.

Ces voies sont représentées par un examen clinique serré, les examens biologiques indispensables, le bilan radiographique pré-opératoire, l'exploration manuelle et instrumentale. Ces voies sont rendues plus sûres encore par la radiomanométrie per-opératoire, temps capital qui peut être réalisé actuellement dans n'importe quel petit hôpital.

Essayons de voir maintenant comment furent suivies ces différentes voies et comment furent résolus les problèmes de l'intervention dans ce groupe de 12 lithiases cholédociennes.

1) - Les problèmes pré-opératoires :

a) - Au point de vue clinique, les 12 cas se présentèrent:

- 9 fois comme un *syndrome douloureux* à type de cholécystite ou de colique hépatique dont 3 avec ictères ou subictères dans les antécédents.

- 3 fois comme un *syndrome net d'angiocholite* lithiasique, dont 2 vus en activité et 1 en phase de repos.

b) - Quant aux examens radiographiques, ils mirent en évidence

Pour la *vésicule* :

- 6 fois, des calculs visibles
- 3 fois, un résultat négatif,
- 3 fois, une vésicule exclue.

Pour l'*hépato-cholédoque* :

- 4 fois, des calculs visibles
- 2 fois, un cholédoque normal (ni image de calcul, ni dilatation)
- 2 fois, un cholédoque dilaté sans image de calcul
- 4 fois, un cholédoque non imprégné.

Donc, sur 12 lithiases cholédociennes authentiques, la présence de calculs a été affirmée 4 fois seulement par les radiographies pré-opératoires, c'est-à-dire dans *1/3 des cas*. Et dans *1/6 des cas la voie biliaire principale a paru normale*. Ce pourcentage de lithiases cholédociennes décelées par les cholangiographies est un peu inférieur à celui que donne Monsieur le Professeur MALLET-GUY (35 %) ; mais sa statistique repose sur les résultats d'examens tomographiques.

L'observation qui suit rend compte de l'insuffisance de la cholangiographie pré-opératoire :

Observation REG... Huguette 28 ans.

Coliques hépatiques fréquentes, sans fièvre ni ictère.

Radiographies pré-opératoires : grosse vésicule remplie de calculs. *Cholédoque d'aspect normal.*

Intervention : arbre biliaire très net ; pas d'adhérences. Cholécystectomie.

La cholangiographie par voie trans-cystique montre une *voie principale plus dilatée que* l'indiquaient les radiographies pré-opératoires, et la *présence de 3 calculins*.

Cholédocotomie. Curetages répétés pour extraire les 3 calculins. Rinçage au sérum. Cathétérisme de la voie principale et de la papille. Drainage du cholédoque.

Suites opératoires : très normales.

Nous n'insisterons pas d'avantage sur les insuffisances bien connues des biligraphies pour déceler une lithiase cholédocienne. Toutefois, nous ajouterons à ce sujet qu'il est inutile de pratiquer de tels examens en période d'ictère ; comme le rappelait dernièrement J. HEPP aux Assises de Médecine à Cahors, "en période d'ictère, aucune préparation, qu'elle soit buccale ou intraveineuse, ne peut permettre d'objectiver les voies biliaires". Effectivement, vésicule et cholédoque ne furent pas imprégnés chez 2 de nos malades qui étaient ictériques.

Pour terminer ce paragraphe relatif à l'exploration radiologique pré-opératoire, nous ferons remarquer que la symptomatologie parfois trompeuse de la lithiase peut faire demander non pas des radiographies des voies biliaires, mais un transit baryté gastro-duodénal. C'est de cette façon que l'on a pu diagnostiquer une *fistule cholécysto-pylorique* et ... une lithiase cholédocienne, chez une de nos malades.

Voici d'ailleurs l'observation :

Observation DU... Thérèse, 48 ans.

Antécédents douloureux épigastriques et fébriles d'allure angiocholitique.

Des radiographies gastro-duodénales par absorption barytée montrent :

- l'opacification du cholédoque,
- une image marginale de vésicule avec calculs probables,
- une image bizarre en chapelet allant au pylore.

Intervention après longue préparation de la malade:

Bloc d'adhérences cholécysto-duodénales : libération de la vésicule très laborieuse.
Section du trajet fistuleux sans ouverture digestive ; le point de fistule est sur le bord inférieur du versant gastrique du pylore.
Dissection laborieuse du pédicule hépatique et du cystique ; on se repère sur un calcul enclavé dans le cystique ; section du cystique sur le calcul, ce qui laisse un gros orifice sur le cholédoque que l'on utilise pour l'extraction d'un *calcul*.

Cholangiographie per-opératoire qui montre un large passage dans le duodénum, sans image de calcul.
Drainage de l'hépatique par l'orifice cystique.
Drain sous-hépatique.

Suites opératoires : très normales. Revue 3 ans plus tard : état très satisfaisant.

En définitive, *que nous ont apporté, en ce qui nous concerne, les bilans pré-opératoires cliniques et radiologiques ?* Ont-ils résolu le problème du diagnostic de ces lithiases cholédociennes ?

Ils n'ont apporté en fait qu'une solution partielle, puisque le diagnostic n'a pu *être fait* ou *paraîtra très probable* que *7 fois sur 12*, en associant les données de la radiologie (calculs visibles 4 fois) à celles de la clinique (angiocholite avec cholédoque non opacifié 2 fois, et 1 fois coliques hépatiques avec antécédents de subictère fébrile, et cholédoque non opacifié).

Les *5 autres cas* furent opérés pour des lithiases vésiculaires paraissant pures ; il faut remarquer que dans un seul de ces 5 cas la palpation du cholédoque a découvert un calcul, d'ailleurs de volume important.

Ainsi l'exploration clinique et radiologique pré-operatoire, (et même l'exploration chirurgicale attentive), sont impuissantes à déceler toutes les lithia-

ses de la voie principale. Malgré les progrès de la radiologie biliaire, on n'a pas le droit de se fier complètement à elle.

2) - Les problèmes opératoires :

a) - Existe-t-il une "heure" chirurgicale ?

Ce problème se pose lorsque le chirurgien se trouve placé devant un tableau de *grande angiocholite : faut-il* alors *opérer d'urgence* en pleine poussée ou *bien soumettre à un traitement médical préparatoire* ce malade ictérique et fébrile en train de perdre ou ayant déjà perdu son équilibre biologique ?

Cette question s'est posée pour 2 de nos malades. Des statistiques anciennes indiquent que les malades opérés en pleine poussée d'angiocholite courraient un gros risque opératoire (mortalité dépassant 50 %) ; on ne pouvait alors pratiquer qu'une cholédocotomie de drainage en remettant à plus tard la cure de la lithiase. Actuellement, tous les auteurs reconnaissent aux antibiotiques le grand mérite de diminuer considérablement le risque opératoire, tout en permettant une chirurgie en un temps ; mais les antibiotiques seuls ne suffisent pas à réaliser de bonnes conditions opératoires : il est nécessaire, chez ces malades ictériques et fébriles, d'administrer une vitaminothérapie K, et de veiller à leur rééquilibration.

Nos 2 malades furent "préparés" selon ces principes pendant près d'un mois, et l'on put ainsi les opérer apyrétiques et dans des conditions biologiques très satisfaisantes, sauf l'un d'eux dont le Temps de Coagulation en tube était de 18 minutes.

D'autres chirurgiens pensent qu'il faut opérer dans un délai moins long, après 8 à 10 jours de préparation. A leur avis, il est vain de demander au sérum glucosé, aux extraits hépatiques, aux protéines, à la vitamine K1, la correction de tous les déséquilibres, et il

peut être dangerux d'attendre des antibiotiques la résolution d'une fièvre bilio-septique.

Quelle que soit l'heure de l'intervention, l'acte chirurgical commence à la préparation ; elle seule fait diminuer le risque encouru, chez ces malades très fragiles, pour l'acte opératoire même le mieux réglé.

La plupart des autres malades étaient anictériques et se trouvaient donc d'emblée dans de meilleures conditions pour subir l'intervention. Aussi n'ont ils pas soulevé de problème d'heure chirurgicale.

b) - La Radiomanométrie per-opératoire.

Devant l'impuissance des bilans pré-opératoires et même de l'exploration manuelle et instrumentale à déceler des calculs cholédociens, la nécessité des examens cholangiographiques et manométriques reste absolue au cours de l'intervention.

Notre intention n'est pas de rappeler les mérites de cette exploration ; nous tenons toutefois à apporter quelques chiffres dans cette étude personnelle ; pour ce faire il nous paraît intéressant de tenir compte des radiomanométries du chapitre des lithiases vésiculaires :

Au total 23 radiomanométries ont été réalisées; elles ont mis en évidence 10 lithiases de la voie principale. Et si l'on considère le nombre de cas (soit 18) où le diagnostic de lithiase cholédocienne n'a pas été porté avant l'intervention, on se rend compte que la radiomanométrie a détecté des calculs cholédociens dans 5 cas, soit presque 1 fois sur 3. (Remarquons que cette statistique n'a qu'une valeur très relative puisque ces examens per-opératoires n'ont pas été, à une époque, pratiqués de manière systématique).

Comment est menée cette exploration ? Nous n'utilisons pas l'appareil de CAROLI mais simplement un corps de seringue rempli de diodone et relié à la canule de MALLET-GUY par un tube souple ; on élève le corps de seringue à des hauteurs différentes qui donnent la pression du liquide dans le cholédoque, d'une manière satisfaisante. On prend plusieurs clichés ; on se rend compte du passage du liquide opaque dans le duodénum ou de son arrêt, tout en recherchant les images de calculs, et en étudiant attentivement la morphologie du bas-cholédoque.

Cette technique a l'avantage d'être rapide et de ne pas nécessiter d'appareillage encombrant, mais évidemment elle n'a pas la rigueur de la méthode manométrique classique.

Nous devons dire pour terminer ce paragraphe relatif à l'exploration radiomanométrique, que 2 cas de lithiase du cholédoque ont été opérés sans le secours de cet examen :

- dans l'observation *DE... Albertine,* on connaissait l'existence d'un volumineux calcul de l'hépatique ; la cholédocotomie large n'a pas permis de réaliser le contrôle radiomanométrique.

- dans l'observation *FA... Jeanne,* l'état grave de la malade et l'empierrement massif de la voie principale ont fait interrompre l'intervention, avec la conviction qu'elle devrait être reprise par la suite dans de meilleures conditions, ce qui fut fait quatre mois après.

c) - Les interventions proprement dites et leur nature :

- 8 malades ont été traités par *cholédocotomie simple* avec drainage externe.
- 1 par *cholédoco-duodénostomie.*
- 1 par cholédocotomie et *duodénotomie.*
- 2 par cholédocotomie, duodénotomie et *papilloplastie.*

1) - *Les cholédocotomies simples* sont pratiquées dans les cas de cholédoque peu dilaté et à pression de passage normale. Aucune suture primitive (cholédocotomie idéale) n'a été réalisée, ni aucun drainage trans-papillaire, mais toujours un drainage externe par drain de KEHR ou plus souvent par drain simple dans l'hépatique.

2) - *La cholédoco-duodénostomie* fut pratiquée en raison de la mauvaise perméabilité du sphincter d'Oddi et d'un mégacholédoque, chez une femme âgée de 68 ans obèse, fatiguée, subictérique et fébrile. C'était d'ailleurs avant les publications récentes sur la sphinctérotomie et la papilloplastie.

Obs. DA... Anaïs 68 ans.

Coliques hépatiques peu fréquentes depuis 5 ans. Depuis 6 mois, crises subintrantes calmées seulement par les opiacés.

Radiographies : vésicule exclue et image dense d'un calcul du cholédoque.

Intervention : laparotomie para-médiane droite, carrefour sous-hépatique complètement bloqué. Libération laborieuse en repérant le fond de la vésicule et le bulbe. Hiatus de Winslow parfaitement libre : le cholédoque est repéré, de la grosseur du pouce, avec un volumineux calcul mobile. Dissection très prudente de la vésicule, conduite à la fois par le fond et par le col qui permet de la libérer et de repérer un gros cystique et le pédicule vasculaire.

Cholécystectomie.

Radiomanométrie : 2 clichés à 15 et 22 cm de pression : énorme cholédoque, un seul calcul, pratiquement pas de passage dans le duodénum.

Cholédocotomie. Extraction du calcul.
On décide pour terminer de faire une *cholédoco-duodénostomie*, en raison du calibre du cholédoque.
Drainage sous-hépatique.

Suites opératoires : sans incident jusqu'au 7ème jour où après ablation du drain, écoulement bilio-alimentaire minime. Puis suites bonnes avec amélioration de l'état général ; garde cependant teint cholémique.

Revue 3 mois après : état très satisfaisant.

Nous pensons que la cholédoco-duodénostomie n'est pas une technique à négliger lorsqu'on veut éviter un abord de la papille par voie duodénale ou un drainage externe ; en effet, elle peut être utile dans des cas bien précis (importante dilatation de la voie principale chez les vieillards en particulier pour qui l'on redoute la déperdition de sels biliaires).

3) - *La duodénotomie simple* a été pratiquée pour dilatation de la papille, chez une femme de 67 ans porteuse de petits calculs cholédociens et en très mauvais état général (pancréatite scléreuse).

4) - *Les papilloplasties.*

La papilloplastie fut réalisée chez 2 malades, depuis 1959 ; dans un cas, au cours d'une réintervention pour calculs restants, chez une malade qui avait été déjà opérée pour empierrement du cholédoque et qui était au décours d'une angiocholite lors de la première intervention.

Dans l'autre cas, la papilloplastie est pratiquée devant un colmatage du bas-cholédoque par boue biliaire compacte :

Obs. SE... Ida, 73 ans.

Antécédents de crises douloureuses répétées avec poussées de fièvre et d'ictères non tenaces.

Biligraphies : lithiase cholédocienne avec dilatation de la voie principale.

Intervention : laparotomie para-médiane droite. Pas d'adhérences. Exposition facile du cholédoque. Vésicule libre sans calcul.

Cholécystectomie d'avant en arrière.

Cholangiographies par voie trans-cystique : cholédoque encombré, pas de passage dans le duodénum.

Cholédocotomie. On extrait surtout une boue compacte formant des conglomérats et colmatant le bas-cholédoque. Nouvelle radiographie : sphinter imperméable.

Duodénotomie. Cathétérisme difficile de la papille par mandrins olivaires.

Papillotomie sur mandrin : passage de gros conglomérats. Rinçages au sérum. Vérification à l'aide des mandrins.
Suture duodénale.
Drain de Kehr.
Drain sous-hépatique. Antibiotiques localement.

Suites opératoires : très bonnes.

Contrôle radiomanométrique le 20ème jour : passage duodénal à 5 cm de pression, cholédoque terminal bien visible.

LES RESULTATS DES INTERVENTIONS SUR LE CHOLEDOQUE.

En définitive, sur les 12 cas de lithiases biliaires opérées (dont 2 cholédociennes isolées), il est à déplorer un décès survenu le 20ème jour et dû à une pancréatite scléreuse associée. Nous avons noté par ailleurs dans les suites éloignées, des crises douloureuses de l'hypochondre droit, chez une opérée qui a été perdue de vue par la suite.

Dans tous les autres cas, les résultats paraissent jusqu'ici très satisfaisants, compte tenu d'une réintervention que l'on savait nécessaire chez une malade.

Remarque : Nous n'avons cité parmi les 12 observations de lithiase cholédocienne que les cas présentant un intérêt particulier. Les autres sont des exemples classiques par leur banalité, tant du fait de la symptomatologie, de l'exploration que de la conduite thérapeutique suivie. Ils représentent néanmoins autant de résultats opératoires et post-opératoires satisfaisants.

Les suites opératoires dans les 38 cas de lithiases vésiculaires pures opérées comme telles et de lithiases biliaires.

Si nous reprenons l'ensemble des 38 observations de chirurgie biliaire, on déplore un seul décès, décès retardé au 20ème jour. A part ce cas où à la lithiase était associée une pancréatite chronique, dans l'ensemble nous eûmes à opérer des malades en bon état d'emblée ou bien, dans les 2 cas d'angiocholite, dans un état très amélioré par un traitement médical prolongé. Nous n'eûmes jamais à intervenir d'urgence pour un grand syndrome d'angiocholite urémigène.

Compte tenu d'une seule réintervention (d'ailleurs prévue), voici les résultats globaux des 38 cas :

34 Bons résultats.
3 Suites douloureuses éloignées.
1 Décès.

Au point de vue opératoire, ces résultats se rapportent à :

3 cholécystostomies de nécessité.
23 cholécystectomies simples.
12 cholédocotomies, dont :

- 8 simples.
- 1 avec anastomose.
- 1 avec duodénotomie simple.
- 2 avec papillopastie.

CHAPITRE IV

QUELQUES CONSIDERATIONS ANNEXES

Ce dernier chapitre sera consacré à quelques considérations que nous avons déjà eu l'occasion d'aborder au fil de cette étude. Il nous paraît intéressant de faire le point à leur sujet et d'en dégager l'essentiel, avec des yeux de chirurgien praticien. Ces considérations sont relatives aux réinterventions, aux papilloplasties et à la cholédocotomie idéale.

1) - LES INTERVENTIONS ITERATIVES PRATIQUEES.

a) Une réintervention fut nécessaire chez 2 malades cholécystostomisés d'urgence. Dans un cas, on fit une cholécystectomie avec exploration radiomanométrique. Dans le second cas, on se contenta d'extraire un calcul vésiculaire passé inaperçu. Un contrôle radiographique pratiqué par le drain a permis, chez ces 2 malades, un bilan convenable des lésions.

b) Chez un troisième malade, correctement exploré lors de la première intervention, les circonstances opératoires avaient été telles que l'on était conscient d'avoir abandonné des calculs dans le cholédoque et que l'on devait réopérer. La seconde intervention, en dépit de difficultés sérieuses, put être menée à bien grâce à une papillotomie trans-duodénale.

Au total, sur 61 interventions sur les voies biliaires, il a été nécessaire de réintervenir à 3 reprises.

2) - LES PAPILLOPLASTIES.

Nous n'avons l'expérience que de 2 cas, mais cette pratique a rendu chaque fois grand service. Nous utilisons une tige métallique souple munie d'une olive (7 et 9 mm de diamètre) ; la papille est sectionnée sur l'olive : c'est donc une papillotomie ou sphintérotomie contrôlées.

Cette méthode paraît supplanter les dilatations de la papille à la pince de Kocher inconstante dans ses effets, ainsi que les drainages trans-papillaires de type divers.

Elle semble enfin indispensable pour assurer l'exploration et la libération du cholédoque inférieur, lorsque des doutes persistent sur la présence possible d'un calcul enclavé. Les indications bien posées doivent diminuer fortement sinon supprimer le risque de calcul résiduel.

3) - LA CHOLEDOCOTOMIE IDEALE.

Nous n'avons aucun document à apporter sur ce sujet. Nous nous sommes abstenu d'en pratiquer, par prudence.

V - CONCLUSIONS

Nous avons présenté et analysé une statistique de 80 cas d'affections des voies biliaires observées et traitées par un omnipraticien, pour mettre en évidence ce que l'on peut attendre d'une attitude opportuniste en face des manifestations aiguës et ce que l'on peut obtenir des méthodes chirurgicales actuelles, en matière de lithiase chronique.

1) - Dans les affections biliaires aiguës, bien que de principe nous ayons été jusqu'à présent temporisateur, il se trouve que sur 26 cas, 15 interventions d'urgence ont été pratiquées. Il faut surtout remarquer à ce sujet:

a) qu'il se présente des situations d'emblée graves où il ne saurait être question de temporiser.

b) que 11 fois sur 13, l'intervention fut pratiquée sans diagnostic exact de cholécystite aiguë ou de cholécystite avec péritonite. La conséquence est que dans un grand nombre de cas la voie d'abord ne fut pas adéquate et a conduit à majorer le nombre des cholécystostomies.

2) - En matière de lithiase chronique des voies biliaires, l'exploration radiomanométrique fut pratiquée chez 23 opérés. Cette méthode d'examen per-opératoire et post-opératoire peut être appliquée sans difficultés dans tous les services de Chirurgie Générale, en dehors de toute spécialisation.

L'exploration correcte du cholédoque, par radiomanométrie, avec au besoin la papilloplastie, doit être la pratique normale de toute chirurgie de la lithiase biliaire, si l'on veut voir diminuer les risques de calculs résiduels.

Les interventions sur les voies biliaires n'ont plus actuellement la gravité qu'on leur a connu, grâce en particulier à l'exploration soigneuse, à une meilleure connaissance des lésions et à des techniques opératoires efficientes.

Cependant, dans notre statistique portant sur 61 interventions, nous relevons 3 décès, dont un retardé au 20ème jour, et des suites douloureuses éloignées chez 6 malades, dont 3 furent réopérés avec résultat satisfaisant. Malgré les progrès considérables qu'elle a réalisé en 25 ans, la Chirurgie Biliaire fait payer un tribut que l'on voudrait moins lourd ; mais le nombre croissant de bons résultats post-opératoires obtenus, constitue le meilleur encouragement que puisse recevoir un chirurgien praticien.

Vu : Le Président,

M. GRIMOUD.

Vu : le Doyen,

LAZORTHES.

Vu et Permis d'Imprimer,

Toulouse, le 16 Juin 1961

Le Recteur,
Président du Conseil
de l'Université,

DOTTIN.

TABLE DES MATIERES

	Pages
- Introduction	1
- Plan de l'étude	3
- Quelques affections biliaires chroniques	5
- Affections biliaires aiguës	10
- Cholécystites gangréneuses	10
- Péritonite biliaire sans perforation	13
- Ileus biliaires	14
- Cholécystites aiguës proprement dites	14
a) Traitement médical	15
b) Traitement chirurgical	16
Conclusions	20
- Lithiases vésiculaires simples opérées	25
- Lithiases cholédociennes opérées	29
1)- Les problèmes pré-opératoires	29
2)- Les problèmes opératoires. La radio-manométrie	33
3)- Les interventions pratiquées	35
- Quelques considérations annexes	40
- Conclusions	42